

Versichertenerklärung zur versorgung mit Pflegehilfsmittel

Name:

Pflegekasse:

Anschrift

Pflegegrad:

Versichertennummer:

Geburtsdatum

Leistungsbringer: **Meine Pflegebox**

Ich beauftrage oben angegebene Leistungsbringer, die Kosten für die von mir gewählte Pflegehilfsmittel direkt mit der Krankenkasse abzurechnene.

Die Pflegehilfsmittel kann ich nur von dem oben genannten Leistungsbringer erhalten, bis ich den oben genannten Leistungsbringer schriftlich kündige.

Mir ist bekannt, dass andernfalls entstehende Kosten von mir zu tragen sind.

Bei längere Aufenthalt in einer stationären Einrichtung (z.B. Krankenhaus) ist von mir dem oben genannten Leistungsbringer mitzuteilen, um zeitüberschneidungen der Versorgung mir Pflegehilfsmittel zu vermeiden.

Mir ist bekannt, dass die Leistungspflicht der Pflegekasse begrenzt ist.

.....
Datum und Unterschrift der Versicherte/Betreuer

.....
Datum, Unterschrift und Stempel der Leistungsbringer

